

Hulpverlening en justitie: twee werelden

Vier notities

*Marianne van Ooyen-Houben, Martien Philipse, Kees Mos en
Loek Dijkman*

In plaats van een artikel over ‘beleid’ plaatsen wij hier vier notities die de kloof tussen de reguliere hulpverlening en justitie illustreren. Er zijn veel raakvlakken tussen de twee werelden. Wij beperken ons tot twee onderwerpen: wetenschappelijk onderzoek en behandel-filosofie. Justitie predikt het principe van ‘evidence based’ werken. Maar het paradepaardje onder de methoden voor bepaling van de ‘evidence’ (bewijskracht) in medische en psychologische kring - de ‘randomized controlled trial’ (RCT) - heeft in justitieland nog weinig aanhang gekregen. Er worden bezwaren opgeworpen die in andere vakgebieden ethisch en juridisch (door ethische toetsings-commissies), theoretisch en feitelijk allang zijn weerlegd. In justitie-land is nog een lange weg van bekering en opleiding te gaan, maar er kan worden aangesloten bij de expertise en opleidingsmogelijkheden die inmiddels in de gezondheidswetenschappen zijn opgebouwd. Marianne van Ooyen-Houben breekt een lans voor de RCT, zonder de methode heilig te verklaren.

Het grootste verschil tussen de twee werelden ligt in de kijk op behan-deling. In de ogen van justitie moet behandeling effect sorteren zon-der misstappen. De persoon mag niet wankelen, want dan dreigt er straf. Behandelaars zien aarzeling en terugval eerder als positief. Wie niet wil veranderen, zal nooit wankelen. Dit is een grote kloof tus-sen de twee werelden, die moet worden overbrugd. Martien Philipse beschrijft het bedoelde spanningsveld voor volwassenen in de tbs, Kees Mos sluit daarbij naadloos aan met kanttekeningen bij de gedragsbeïnvloedende maatregel voor jongeren. De hulpverlening wil veranderen, justitie wil beheersen. Loek Dijkman laat met een knip-oog zien hoe de beheersingsstrategie in de praktijk gestalte krijgt.

Goed onderzoek kost hoofdbrekens

Bij justitie heeft de laatste jaren de effectiviteitsgedachte postgevat (Klein Haarhuis e.a., 2005; Van der Laan e.a., 2007). In 2005 is een erkenningscommissie ingesteld die gedragsinterventies voor justitiabelen toetst aan wetenschappelijke kwaliteitscriteria, waarvan er een luidt dat inzicht moet bestaan in de effectiviteit van de interventie. Er moet dus effectonderzoek gedaan worden. Dat is niet niks. Het is ingewikkeld om het effect van een justitiële gedragsinterventie vast te stellen, maar het is zeker mogelijk. Goed effectonderzoek laat zien wat werkt, wat niet werkt en waarom. Met die kennis kunnen justitiabelen beter geholpen worden. Er wordt steeds meer ervaring opgedaan met effectonderzoek dat hout snijdt. De meting van criminele recidive van de betrokkenen - de uiteindelijke uitkomst - is bovendien gemakkelijker geworden.

Onderzoekers in justitieland doen vaak quasi-experimentele effectonderzoeken. Ze zoeken controlegroepen die zoveel mogelijk vergelijkbaar zijn met de experimentele groep en gebruiken statistische methoden om voor afwijkingen te corrigeren. Het SOV-onderzoek van Koe-ter en Bakker, elders in dit nummer vermeld, is een mooi voorbeeld. Ook de leefstijltrainingen voor verslaafden zullen zo geëvalueerd worden. Deze vorm van effectstudie kost de onderzoeker de nodige hoofdbrekens. Vooral het vinden van een geschikte controlegroep is moeilijk. Die moet in principe wél in aanmerking komen voor de interventie, maar die toch niet krijgen. Medewerking van het veld bij het oplossen van de vele praktische problemen die hier spelen is onontbeerlijk. Goed opgezet quasi-experimenteel effectonderzoek verdient de zilveren medaille, maar de gouden plak hoort te gaan naar een goed uitgevoerde en theoretisch onderbouwde 'randomized controlled trial' (RCT). In de medische wereld is het gangbaar de werking van een interventie in een RCT te onderzoeken. Ook de psychologie is deze weg opgegaan. In dit type onderzoek worden de patiënten bij toeval verdeeld over de 'experimentele' groep die de interventie krijgt en één of meer controlegroepen die niets krijgen of iets anders. Bij iedere proefpersoon wordt er gemeten vóór de start van de behandeling en daarna. De kracht van een RCT is dat factoren die de uitkomst kunnen beïnvloeden gecontroleerd worden (gelijk over de groepen verdeeld). Daardoor groeit de zekerheid dat een verschil dat je vindt tussen de groepen een echt verschil is en geen vertekening van de werkelijkheid. Van belang is dat de interventies inhoudelijk stevig gefundeerd zijn; de

theorie erachter moet helder zijn, de interventies moeten goed beschreven zijn en er moet duidelijk zijn welk effect verwacht kan worden.

Een goed opgezette RCT heeft grote zeggingskracht. Maar vaak kun je als onderzoeker in justitieland alleen maar dromen van een RCT. Het idee om een interventie op toevalsbasis aan de ene justitiabele wél en aan de andere niet toe te wijzen, stuit vaak op bezwaren van hulpverleners. Zij kunnen het moeilijk over hun hart verkrijgen om een justitiabele een interventie te onthouden. Hij zou er immers zo van kunnen profiteren! Het argument van onderzoekers: 'Ja maar, we weten toch nog niet of de interventie werkt?', legt weinig gewicht in de schaal. De RCT delft dan het onderspit. Ook juridische problemen kunnen een RCT in de weg staan. Het is uit oogpunt van rechtsgelijkheid vooralsnog ondenkbaar dat de rechter op basis van toeval, geblinddoekt als vrouwe Justitia, deze of juist gene maatregel of straf oplegt. Daarnaast spelen soms financiële argumenten mee: een niet-gegeven interventie kan inkomstenderving betekenen voor een instelling.

Ook al zijn RCT's niet alleenzaligmakend, ze zijn onmisbaar in het onderzoeksrepertoire. Het valt te hopen dat ze, net als in andere vakgebieden, meer voet aan de grond krijgen in justitieland. Waarom zou daar niet kunnen wat elders wel kan? Eén ding staat vast: van slecht effectonderzoek wordt niemand wijzer. Dan kunnen we het geld beter uitgeven aan iets anders.

Dr. M.M.J. van Ooyen-Houben

Projectbegeleider onderzoek bij het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Justitie, Den Haag en universitair docent evaluatieonderzoek bij de Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Sectie Criminologie. E-mail: m.m.j.ooyen@minjus.nl.

Literatuur

- Klein Haarhuis, C., Leeuw, F., & Scheepmaker, M. (2005). Voorwoord. *Justitiële Verkenningen*, 8 (themanummer beleidsevaluaties), 5-10.
- Laan, P. van der, Busschbach, J., & Bijleveld, C. (2007). Experimentele criminologie en criminologische experimenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 49, 3-11.

Verslavingsbehandeling in de tbs: van politiek naar empirisch correct

Van de personen die de maatregel terbeschikkingstelling opgelegd krijgen (de tbs-gestelden), heeft drie kwart ooit te kampen gehad met verslavingsproblematiek. Bij een op de vijf is verslavingsproblematiek

(ofwel middelenstoornis; misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs) ten tijde van de tbs de hoofddiagnose. Twee op de drie gebruiken alcohol of drugs toen ze het delict begingen dat tot tbs leidde (Ganpat e.a., 2007). Meestal is dit geen toevalligheid, maar staat het gebruik daadwerkelijk in verband met het delict.¹ Verslavingsproblematiek is dan ook een belangrijke factor bij de inschatting van het risico van delictherhaling (recidive).

Ondanks dit alles staat de behandeling van verslavingsproblematiek in de tbs nog in de kinderschoenen. De forensisch-psychiatrische centra (fpc's) hebben wel iets te bieden aan verslavingszorg, van modules tot speciale afdelingen (Ganpat e.a., 2007). Maar goed aansluiten bij de 'state of the art' in de reguliere verslavingszorg blijkt lastig. Wat hier parten speelt is de spanning in de tbs tussen behandelen en beheersen, ofwel tussen 'evidence based' en normatief denken. Politiek en maatschappelijk staat de beheersdoelstelling van de tbs momenteel veel hoger in het vaandel dan behandeldoelstellingen. Omwille van de beheersing voeren instellingen strenge controles uit om de fpc's vrij van drugs te houden. Maar die controles kunnen het behandelklimaat verstoren. En ze gaan eraan voorbij dat voor sommige patiënten beperkt middelengebruik realistischer is dan nulgebruik (abstinentie). Hoe hoort verslavingszorg te zijn? Abstinentie kan niet het enige behandeldoel zijn. De Nederlandse verslavingszorg heeft internationaal een goede reputatie door haar nadruk op het verzachten van de schadelijke gevolgen van drugsgebruik ('harm reduction'). Het gaat daarbij om interventies als methadonverstrekking, spuitenomruil of toegang tot heroïne op medisch voorschrift. Zulke programma's zijn meestal effectiever dan behandeling louter gericht op abstinentie (Peeters, 2009). Maar het concept 'harm reduction' lijkt in de tbs een brug te ver. In de reguliere verslavingszorg staat bij 'harm reduction' de vraag centraal wat de verslaafde zichzelf aandoet. Maar in de tbs is het niet de vraag wat de patiënt zichzelf aandoet maar wat hij anderen kan aandoen. In dit verband is beperking van schade niet genoeg; elke schade moet immers voorkomen worden.

Fpc's staan ook om een andere reden vreemd tegenover 'harm reduction'. Dit begrip veronderstelt dat de behandelaar enige ruimte laat voor de verslaving van de patiënt. Sommige fpc's gunnen die ruimte bij cannabis en alcohol, zeker in de zogenoemde resocialisatiefase. Maar niet bij harddrugs; de politiek verbiedt hier soepelheid. De staatssecretaris van Justitie schreef de Tweede Kamer op 16 september 2008: '[Het] blijkt (...) dat door tbs-gestelden verdovende middelen

1 Van der Kraan e.a. (in voorbereiding); intern onderzoek Pompestichting.

worden gebruikt. In sommige gevallen wordt zelfs melding gemaakt van harddrugs. Er kan geen twijfel over zijn dat dit onacceptabel is. Daarom heb ik in een brief de fpc's verzocht om (...) de controle op en opsporing van het gebruik van drugs te intensiveren.'

Het kabinet - de opdrachtgever van de fpc's - ziet abstinentie als hoogste behandelgoal in de tbs. Behandelaars willen dit doel dan met goede therapeutische middelen bereiken, niet enkel met strenge controle. Je wilt immers niet dat abstinentie een schijnresultaat is, behaald in de kliniek maar vlug verdwenen na ontslag. Om duurzame abstinentie te bereiken zou invoering van het model van de therapeutische gemeenschap in een fpc een weg kunnen zijn. De therapeutische gemeenschap heeft een lange staat van dienst in de reguliere verslavingszorg, maar stelt ook hoge eisen aan de patiënt, bijvoorbeeld aan diens motivatie (Van der Stel, 2007). Veel tbs-gestelden zijn echter weinig gemotiveerd om aan behandeling mee te doen, ook al omdat ze hun consumptie van alcohol en drugs niet als een probleem zien. Als de drempel naar een therapeutische gemeenschap in de tbs hoog is, zouden nogal wat betrokkenen kunnen weigeren of afhaken. Maar niet iedere tbs-gestelde die drinkt of drugs gebruikt hoeft daarvoor te worden behandeld. Het aanbod, zoals in de vorm van een therapeutische gemeenschap, moet zich richten op degenen bij wie gebruik van alcohol en drugs een criminogene factor is, een factor die bijdraagt aan recidive (McGuire, 1995). Die groep moet over de streep worden getrokken en dat vraagt bijzondere inspanningen.

De politiek verlangt van de tbs dat zij 'evidence based' werkt, maar blijkt tegelijkertijd nog weinig bereid om de implicaties daarvan te accepteren. Goede behandeling van verslavingsproblematiek in de tbs betekent dat de instelling geen volledig taboe op alcohol en drugs moet uitspreken. Oefening in gecontroleerd gebruik moet onder toezicht mogelijk zijn. En terugval tot gebruik ('relapse') moet niet direct leiden tot zware sancties, want terugval hoort bij het therapeutisch proces. Fpc's staan voor de ingewikkelde taak te bedenken hoe een minder hoge lat dan abstinentie in het zorgaanbod vertaald kan worden voor de vele gevallen waarbij nulgebruik niet haalbaar is. De forensische psychiatrie heeft behoefte aan een eigen uitwerking van het begrip 'harm reduction'.

Drs. M. Philipse

Senior-onderzoeker en senior-beleidsadviseur bij de Pompestichting te Nijmegen. E-mail: m.philipse@pompestichting.nl.

Literatuur

- Ganpat, S., Soe-Agnie, S., Poel, A. van der, Meer, F. van der, & Boon, B. (2007). *Beleid op het gebied van middelengebruik in forensisch psychiatrische instellingen*. Rotterdam/Utrecht: IVO/EFP.
- McGuire, J. (1995). *What works reducing reoffending*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Peeters, B. (2009). Harm reduction gemeengoed in Europees drugsbeleid. Internet: www.psy.nl (18 maart 2009).
- Stel, J. van der (2007). *Wat elke professional over verslaving moet weten*. Canon verslaving-.Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De gedragsbeïnvloedende maatregel

Wanneer ik als kind iets had misdaan, sprak mijn moeder mij vermanend toe. Nu was ik niet zo'n lastige puber, maar het gebeurde eens dat ik een heel weekend huisarrest kreeg. Een time-out noemen ze dat tegenwoordig. 'Wie niet luisteren wil, moet maar voelen', zei mijn moeder. Na een dag huisarrest volgde een gesprek met haar en werd de rest van de straf opgeheven. Ik weet nog hoe blij ik hiermee was. Ik had 'm 'gevoeld' maar kreeg een nieuwe kans. Mijn moeder had nooit boeken over opvoeding gelezen. Voor haar bestond er geen verschil tussen straf en opvoeding.

Daar moest ik aan denken tijdens de eerder dit jaar in het land gehouden bijeenkomsten met kinderrechters, jeugdreclasseringwerkers, vertegenwoordigers van Raden voor de Kinderbescherming en ambtenaren en adviseurs van het Ministerie van Justitie. Onderwerp: de gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM), een nieuwe justitiële maatregel voor delinquente jongeren met gedragsproblematiek en een risico op recidive. De GBM is een voorbeeld van drang: de jongere krijgt de keus tussen behandeling in vrijheid of in opsluiting. Vijf behandelprogramma's - bekend onder de afkortingen FFT, MST, MDFT, NPT en MTFC - mochten zich presenteren. Van belang is hier multidimensionele familietherapie (MDFT), een programma voor delinquente jongeren die verslavingsproblematiek vertonen.

Het Nederlandse jeugdstrafrecht heeft een pedagogisch karakter. Van oudsher is heropvoeding of gedragsbeïnvloeding een belangrijk doel. De keuze tussen straf en behandeling is een dilemma. De samenleving neigt naar grotere repressie. Meer politie op straat, meer camera's, meer regels en wetten. Dit klinkt ook door in de roep om strengere straffen voor jeugdigen. Europees gezien zijn we overigens voor jonge delinquenten allesbehalve mild. Wel bieden we als beschaafd land de mogelijkheid van behandeling. Het jeugdstrafrecht kent behalve straffen ook strafrechtelijke maatregelen. Straf staat voor boete en vergel-

ding, een maatregel heeft eerder herstel van individueel en maatschappelijk functioneren tot doel. Het meest bekend is de PIJ-maatregel. Die geldt voor minstens twee, maximaal zes jaar.

Nodig is ook een maatregel van kortere duur. Sinds een jaar kan in het jeugdstrafrecht ook de GBM worden opgelegd. Hiermee kan de kinderrechter een jongere verplichten een bepaalde behandeling of combinatie van interventies te accepteren. Het idee achter de GBM is sympathiek: de jongere moet met maatwerk behandeld worden om delict-recidive te voorkomen. Bij een GBM zegt de rechter: het wordt behandeling X (of X plus Y) en het duurt minstens zes maanden en hoogstens een jaar. De behandeling wordt direct door de rechter opgelegd. Positief is dat de rechter tot een combinatie van interventies kan besluiten. Voordeel is ook dat meteen duidelijk is wat er gebeurt als de GBM mislukt. De rechter geeft bij voorbaat aan welke detentiestraf de jongere te wachten staat als hij de behandeling afbreekt, niet goed meewerkt of regels overtreedt.

Het aantal GBM-vonnissen is nog vrij laag. Het is wennen en zoeken, en er doen zich knelpunten voor. Op drie daarvan ga ik hier in, met aandacht voor de verslavingszorg. Zeker de helft van delinquente jongeren heeft ook verslavingsproblematiek. Het Ministerie van Justitie erkent de behoefte aan behandeling voor verslavingsproblematiek onder justitiabele adolescenten, maar noteerde tot voor kort een gebrek aan behandelcapaciteit ter zake. Dit knelpunt is opgelost. Zo bieden nu meer dan twintig hulpverleningsinstellingen, verspreid over bijna het hele land, multidimensionele familietherapie (MDFT) aan. MDFT is een systeemtherapie voor jongeren met meervoudige gedragsproblematiek, waaronder ook verslaving en delinquentie.

Een tweede knelpunt is het tijdig beschikbaar zijn van een behandeling. Als de rechter zegt: het wordt X, dan moet X voor deze jongere binnen een maand starten. Hierover is nog veel te doen. Instellingen vinden dat zij daarvoor capaciteit in reserve moeten houden en dat kost extra geld. Het Ministerie van Justitie - de inkoper - wil van extra betaling echter nog niets weten. Financiering van de GBM is voorzien tot en met 2010. Hoe het daarna moet, is nog gissen. Wil justitie dit knelpunt echt oplossen, dan zal men plaatsen per jaar moeten inkopen, anders komt een jongere met een GBM-vonnissen op een wachtlijst terecht.

Een derde knelpunt is de angst voor het mislukken van een GBM, die medewerkers van Raden voor de Kinderbescherming en Bureaus Jeugdzorg noopt tot terughoudendheid om die maatregel aan te beve-

len. Als een jongere uit de pas loopt bij de behandeling, volgt immers een lange detentie. Er is geen weg meer terug. Dat kan toch niet de bedoeling zijn?

Als de jongere van het GBM-pad dreigt af te raken, kan de jeugdreclasseringwerker een gele kaart of waarschuwing geven, maar dit zijn toch vooral papieren signalen zonder directe gevolgen. Ik pleit daarom voor instelling van een strafrechtelijk time-out, een mogelijkheid om een jongere één tot twee weken op te sluiten als hij in de behandeling de fout in gaat, om daarna de mogelijkheid open te houden om de interventie weer buiten de justitiële jeugdinrichting (JJI) voort te zetten. De rechter moet de mogelijkheid krijgen zo'n time-out toe te staan.

Vanwaar dit voorstel? Het zou het behandelingsucces ten goede komen. Allereerst is bekend dat een misstap (terugval) lang niet altijd het einde van het herstelproces betekent waarop de jongere heeft ingetekend. Sterker nog: zoals iedere therapeut in de verslavingszorg weet, is terugval nu eenmaal onderdeel van het herstelproces.

In de tweede plaats: het afschrikkende vooruitzicht van de detentiestraf bij mislukking van de GBM werkt vaak maar tijdelijk. Daarom is het soms nodig om jongeren weer even aan den lijve te laten 'voelen' wat er voor hen op het spel staat. Juist ook als ze een gedragsstoornis hebben. Om ze weer wakker te schudden als ze te snel denken dat het zo'n vaart niet loopt. Samen met de JJI kan dan tijdens de time-out bekeken worden of de behandeling buiten alsnog voortgezet kan worden of dat deze toch in detentie moet plaatsvinden.

Adolescenten zijn mentaal nog niet volgroeid en ze kunnen wel wat bijsturing gebruiken. Het huidige strafrecht houdt onvoldoende rekening met het feit dat de hersenen van adolescenten nog niet zijn uitgerijpt. Opvoeden en straffen sluiten elkaar niet uit - mijn moeder wist dat al. Ook vrouwe Justitia mag in dit opzicht meer erbarmen tonen.

Drs. K. Mos

Klinisch psycholoog/gedragstherapeut bij De Jutters te Den Haag en Teylingereind te Sassenheim en docent bij Erasmus MC te Rotterdam.
E-mail: k.mos@dejutters.com.

Bello achter de tralies

Justitie, jeugd en verslaving. Ze gaan vooral over wat níet mag. Je komt in aanraking met justitie als je de wet overtreedt, en die wet horen we te kennen. De jeugd deugt per definitie niet. De jeugd van tegenwoordig niet, de jeugd van de vorige eeuw niet, maar ook de jeugd in de

middeleeuwen en bij de Grieken en Romeinen groeide op voor galg en rad, had geen respect voor ouderen en kende totaal geen grenzen. En verslaving deugt natuurlijk al helemaal niet. 'Te is nooit goed,' zei mijn moeder. Dus verslaafde jeugd bij justitie: dat is drie keer fout, die deugen echt niet.

Je checkt hun kleding bij binnenkomst en vertrek, je checkt hun urine, je checkt hun cel en je vraagt ze letterlijk het hemd van het lijf. Soms vind je een beetje cannabis of een paar pillen en als justitieman zeg je dan: dit deugt niet, hier krijg je straf voor. Ze zitten een dag extra op hun kamer of ze krijgen bezoek onder verscherpt toezicht. En wat gebeurt er dan: helemaal niets. De jongens zijn je namelijk altijd een of twee stapjes voor. Denk je dat ze het spul tijdens bezoek toegespeeld krijgen, laten ze het door hun vriendje in een tennisbal over de muur op de luchtplaats gooien. Driedubbel check je dagelijks de luchtplaats, neemt die ene jongen die altijd clean was het mee voor zijn maatjes van de groep. Stop je het verlot, neemt de moeder van een nieuwe jongen een paar schoenen mee voor haar zoon waarin zijn broertje hasj in de hak heeft verstopt. Kortom: ze deugen niet en zijn je steeds te slim af.

Dus wat doen we: we huren Bello in. Bello deugt namelijk wél. Hij is goed opgevoed, luistert naar zijn baasje en gaat braaf op de grond liggen als hij drugs ruikt. Blaffen doet hij zelden en bijten al helemaal niet. Bello is een brave, welopgevoede hond. Bello ruikt veel cannabis-sporen, maar vindt zelden iets. Hij ruikt vooral waar het gelegen heeft. Ik zei al: die jongens deugen niet en zijn je steeds een stapje voor. Ze gunnen je niet eens een mooie drugsvondst. Voordat je het vindt, hebben ze het al opgerookt. Zelden spoort Bello de hoeveelheid hasj op waar de directeur van droomt.

Bello is consequent opgevoed: als hij drugs ruikt gaat hij liggen, als hij geen drugs ruikt blijft hij snuffelen. De jeugd in een justitiële inrichting heeft meestal niet een goede opvoeding genoten en de maatschappij waarin zij leven is ingewikkeld. Goed en fout is voor een enkele politieke partij eenvoudig te formuleren. Maar onze maatschappij is complex, zeker voor degenen die kwetsbaar zijn. Een justitiële jeugdinrichting bereidt jongens die niet willen deugen voor op een succesvolle plaats in de maatschappij. Een maatschappij waarin drugs verboden zijn, maar wel worden toegestaan. Bello snapt het niet meer. Gaat hij blaffen, bijten of liggen?

Drs. L. Dijkman

Directeur behandeling bij JJI Teylingereind te Sassenheim. E-mail:

l.dijkman@dji.minjus.nl.